

## WANITA 21 TAHUN DENGAN MOLA HIDATIDOSA: LAPORAN KASUS

\*Diah Irfaini Zulhij<sup>1</sup>, Heryani Parewasi<sup>2</sup>, M. Sabir<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Medical Profession Program, Faculty of Medicine, Tadulako University, Palu, Indonesia 94118

<sup>2</sup>Departement of Obstetry and Gynecology, Anutapura Hospital, Palu, Indonesia 94118

<sup>3</sup>Departement of Tropical Diseases and Traumatology, Faculty of Medicine Tadulako University, Palu, Indonesia 94118

<sup>4</sup>Department of Medical Microbiology, Faculty of Medicine Tadulako University, Palu, Indonesia 94118

\*Correspondent Author: [diahirfaini2495@gmail.com](mailto:diahirfaini2495@gmail.com)

### ABSTRACT

**Background:** Hydatidiform mole is a condition in which an abnormal pregnancy develops and no fetus is found and almost all corialis villi undergo changes in the form of hydropic degeneration.

**Case Report :** This report present the case of a 21-year-old female patient with hydatidiform mole and how the initial management principle experienced by these patients.

**Conclusion:** The basic principle of management and therapy in hydatidiform mole patients is to improve general conditions and curettage to remove mole tissue.

**Keywords:** Hydatidiform mole; Gestational Trophoblastic Disease; Curettage

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Mola hidatidosa adalah suatu kondisi dimana adanya kehamilan yang berkembang tidak wajar dan tidak ditemukan adanya janin dan hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik.

**Laporan Kasus:** Kasus ini memaparkan kasus pasien wanita usia 21 tahun dengan kondisi mola hidatidosa dan bagaimana prinsip manajemen awal pada pasien tersebut.

**Kesimpulan:** Prinsip dasar manajemen dan terapi pada pasien mola hidatidosa yaitu dilakukan perbaikan keadaan umum dan kuretase untuk mengeluarkan jaringan mola.

**Kata Kunci:** Mola Hidatidosa; Penyakit Trofoblastik Gestasional; Kuretase;

### PENDAHULUAN

Mola hidatidosa adalah bentuk-bentuk dari *Gestational Trophoblastic Disease* (GTD) yang melibatkan pembentukan vili.<sup>(1)</sup> Penyakit trofoblastik gestasional (GTD) adalah sekelompok tumor yang muncul dari jaringan plasenta dan mensekresikan  $\beta$ -hCG dalam jumlah yang lebih besar dari pada kehamilan biasa. Penyakit trofoblastik gestasional mempunyai potensi yang cukup besar untuk menjadi ganas dan menyebabkan berbagai bentuk metastase keganasan dengan berbagai variasi.<sup>(2)</sup> Mola hidatidosa juga merupakan kondisi tidak ditemukannya adanya pertumbuhan janin, dimana hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidrofobik sehingga terlihat seperti sekumpulan buah anggur.<sup>(3)</sup>

Frekuensi mola hidatidosa sangat tinggi di Asia, Afrika, dan Amerika Latin dibandingkan dengan negara-negara barat. Di negara-negara barat dilaporkan 1:2000 kehamilan. Frekuensi mola umumnya pada wanita di Asia lebih tinggi sekitar 1:120 kehamilan. Di Amerika dilaporkan sebesar 1 pada 1000-1200 kehamilan. Di Indonesia sendiri didapatkan kejadian 1:85 kehamilan.<sup>(5)</sup> Dengan meningkatnya paritas kemungkinan menderita mola akan lebih besar. Sekitar 10% dari seluruh kasus akan cenderung mengalami transformasi kearah keganasan, yang disebut sebagai *gestational neoplasma*.<sup>(6)</sup>



Gambar 1: Mola hidatidosa showing the numerous hydropic villi (macroscopical view)<sup>(4)</sup>

Penyebab terjadinya mola hidatidosa sampai saat ini belum diketahui secara pasti.<sup>(7)</sup> Namun faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya keadaan ini adalah: 1) Faktor Ovum, yang memang sudah patologik sehingga mati, tetapi terlambat dikeluarkan, 2) Imunoselektif dari trofoblas, 3) Kehamilan usia lanjut (>35 tahun) atau terlalu muda (<20 tahun), 4) Paritas tinggi, 5) Jarak kehamilan yang terlalu dekat, 6) Faktor infeksi, 7) Sosial ekonomi rendah yang mempengaruhi hygiene, nutrisi dan pendidikan, dan 8) Malnutrisi terutama apabila kekurangan protein.<sup>(8)</sup>

Secara garis besar penegakkan diagnosis dari kasus mola hidatidosa dapat ditegakkan hanya dengan berlandaskan anamnesis dan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Adapun beberapa tanda dan gejala yang dapat

ditemukan pada kasus-kasus mola hidatidosa antara lain: terdapat gejala-gejala hamil muda yang kadang-kadang lebih nyata dari kehamilan biasa, mual, muntah, pusing, terdapat tanda toksemia gravidarum, adanya perdarahan dalam jumlah sedikit-banyak pada trimester I atau awal trimester II dengan tanda khas berwarna kecoklatan, keluar jaringan mola seperti buah anggur atau mata ikan.<sup>(9)</sup>

Pada pemeriksaan fisik secara umum dibagi dengan inspeksi, palpasi dan auskultasi. Pada inspeksi, terkadang wajah dan badan terlihat pucat kekuning-kuningan yang bisa disebut dengan muka mola (*mola face*) dan gelembung mola dapat dilihat jelas saat keluar. Selanjutnya, pada palpasi biasanya uterus teraba lebih besar dibandingkan dengan usia kehamilan, tidak teraba bagian-bagian janin dan balotement, maupun gerakan janin. Kemudian, pada auskultasi tidak terdengar adanya bunyi denyut jantung janin.<sup>(9)</sup>

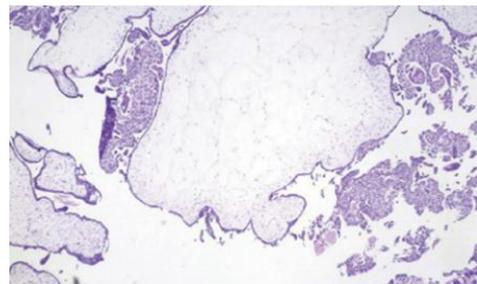


Gambar 2: Uterus lebih besar dari usia kehamilan.<sup>(3)</sup>

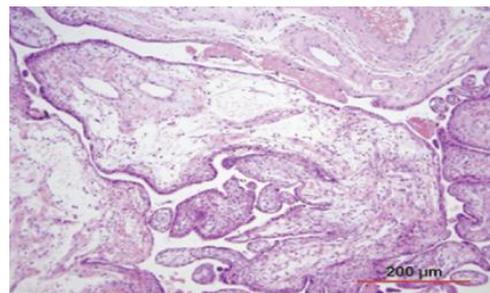
Pada pemeriksaan penunjang, dapat dilakukan pemeriksaan USG, dimana akan terlihat gambaran yang khas berupa badai salju (*snow storm pattern*) atau gambaran seperti sarang lebah (*honey comb*).<sup>(8)</sup> Selain USG, bisa juga dilakukan pemeriksaan  $\beta$ -hCG untuk diagnosis maupun untuk pemantauan pada penderita penyakit trofoblas.  $\beta$ -hCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) adalah hormone glikoprotein yang dihasilkan oleh plasenta yang memiliki aktivitas biologis mirip LH.<sup>(9)</sup> Pada kasus mola hidatidosa biasanya didapatkan  $\beta$ -hCG jauh lebih tinggi dari pada kehamilan biasa. Sedangkan pada pemeriksaan histologis akan tampak adanya beberapa villi yang edema dengan sel trofoblas yang tidak begitu berproliferasi, dan ditempat lain masih tampak villi yang normal.<sup>(10)</sup>



Gambar 3: Gambaran badai salju (*snow flake pattern*) atau gambaran seperti sarang lebah (*honey comb*) pada USG.<sup>(8)</sup>



Gambar 4: Mola hidatidosa komplut dengan villi hidropik, villi tidak memiliki pembuluh darah, proliferasi sitotrofoblas dan sinsitiotrofoblas yang hiperplastik.<sup>(8)</sup>



Gambar 5: Mola hidatidosa parsial dengan vili korionik berbagai bentuk maupun ukuran, serta terdapat edema fokal, stroma trofoblastik, villus aktif serta hiperplasia trofoblastik fokal.<sup>(8)</sup>

Secara sitogenetik mola hidatidosa dapat dibedakan menjadi dua macam yaitu mola hidatidosa parsial dan mola hidatidosa parsial atau komplut.



Gambar 6: Spesimen dari mola parsial.<sup>(11)</sup>



Gambar 7: Spesimen mola komplit menunjukkan anggur mol seperti vesikel.<sup>(11)</sup>

## LAPORAN KASUS

Pasien perempuan usia 21 tahun G<sub>3</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> dengan usia kehamilan 4-5 minggu datang ke IGD Kebidanan Rumah Sakit Anutapura dengan keluhan adanya darah yang keluar dari jalan lahir, keluhan ini dirasakan oleh pasien kurang lebih sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengatakan bahwa darahnya keluar kadang bercampur dengan lendir dan gumpalan-gumpalan seperti daging dengan tekstur lembek. Darah yang keluar berwarna kecoklatan. Pasien merasa bahwa perutnya semakin membesar tetapi seperti tidak sesuai dengan usia kehamilannya, dan kehamilannya saat ini sangat berbeda dengan kehamilan sebelumnya. Pasien juga mengeluh mual, muntah dan pusing sejak 5 hari sebelum masuk rumah sakit dengan frekuensi 2 kali sehari. Terdapat juga keluhan nyeri perut bagian bawah. Keluhan berupa sakit kepala, tangan gemetar, serta jantung berdebar-debar disangkal oleh pasien. Pasien sebelumnya sudah melakukan *test pack* dan hasilnya positif hamil.

Hasil pemeriksaan fisik pasien didapatkan kesadaran pasien composmentis, tanda-tanda vital: tekanan darah: 100/60 mmHg, nadi: 88x/menit, pernapasan: 22x/menit, suhu 36,5°C. Pada pemeriksaan wajah, didapatkan konjungtiva anemis +/+, bibir pucat, dan warna kulit pucat

kekuningan. Pada pemeriksaan status obstetri untuk inspeksi didapatkan perut tampak cembung, tampak bekas operasi, striae (+). Untuk palpasi didapatkan Tinggi Fundus Uteri (TFU) teraba 2 jari dibawah pusat, leopold I-IV tidak teraba bagian-bagian janin dan pada auskultasi tidak didapatkan adanya denyut jantung janin (DJJ). Pada pemeriksaan inspekulo didapatkan perdarahan (+) dengan jumlah sedikit-sedang, portio lunak (+) dan tebal (+), pembukaan (+) dan terdapat sedikit jaringan menyerupai mata ikan dari ostium uteri.

Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan WBC:  $10.7 \times 10^3/\text{mm}^3$ , RBC:  $4.01 \times 10^6/\text{mm}^3$ , HB: 10 gr/dl, HCT: 35.9%, PLT:  $366 \times 10^3/\text{mm}^3$ , hCG pada urin: Positif. Pada USG abdomen didapatkan gambaran *snow storm* atau badai salju. Selama dirawat pasien diberikan terapi IVFD RL 20 tpm, injeksi asam tranexamat 1 amp/8 jam/iv, observasi keadaan umum + tanda-tanda vital pasien, dan direncanakan untuk melakukan kuretase.



Gambar 8: Gambaran *snow storm* atau badai salju.



Gambar 9: Dilakukan Kuretase



Gambar 10: Hasil Kuretase

## DISKUSI

Pada pasien ini didiagnosis sebagai mola hidatidosa atas dasar, perdarahan pervaginam (PPV), mual dan muntah, perut tampak cembung tanpa teraba adanya bagian-bagian janin pada Leopold I-IV dengan Tinggi Fundus Uteri (TFU) teraba 2 jari dibawah pusat dan hasil *test pack* (+). Berdasarkan Hanretty (2010) menyatakan bahwa didapatkan adanya kehamilan disertai gejala dan tanda kehamilan muda yang berlebihan dari kehamilan normal biasanya. Perdarahan pervaginam (PPV) berulang cenderung berwarna kecoklatan, pembesaran rahim yang tidak sesuai (lebih besar) dengan usia kehamilan seharusnya, dan keluarnya jaringan mola seperti buah anggur atau mata ikan (tidak selalu ada) yang merupakan diagnosa pasti pada kasus-kasus mola hidatidosa.<sup>(9)</sup>

Pada kasus ini, faktor resiko penyebab terjadinya kehamilan mola kemungkinan dikarenakan usia pasien yang masih cukup muda, sosioekonomi dan paritas yang tinggi. Berdasarkan hasil penelitian Kusuma (2017) menemukan bahwa kasus mola hidatidosa yang paling banyak adalah yang disebabkan karena faktor usia ibu 20-35 tahun dengan jumlah 38 kasus pada usia kehamilan 9-16 minggu sebanyak 52,2%. Sedangkan untuk usia > 35 tahun didapatkan 39,1%, dan pada usia < 20 tahun sekitar 5,8%.<sup>(12)</sup> Berdasarkan penelitian lain Damongilala (2015) menyebutkan bahwa insidens mola hidatidosa paling sering pada usia ibu yang lebih muda. Selanjutnya, pada faktor risiko mengenai sosioekonomi juga sangat berpengaruh pada penyebab terjadinya mola hidatidosa yang mempengaruhi hygiene, nutrisi dan pendidikan, dimana pada penelitian yang sama didapatkan tingkat pendidikan SMA (Sekolah Menengah Atas) memiliki persentase tertinggi yaitu sekitar 42 kasus (60,9%), pada

tingkat pendidikan SMP (Sekolah Menengah Pertama) didapatkan 22 kasus (31,9%), perguruan tinggi didapatkan 1 kasus (1,4%) dan pada tingkat pendidikan SD (Sekolah Dasar) hanya sekitar 5,8%. Kemudian pada paritas, berdasarkan penelitian Kusuma (2017) menemukan bahwa paritas 0-1 kali didapatkan sekitar 36 kasus (52,2%), pada paritas 2-3 kali didapatkan sebanyak 25 kasus (36,2%), dan >3 kali didapatkan 8 kasus (8,7%).<sup>(13)</sup>

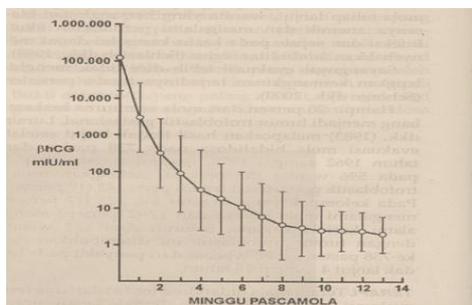
Berdasarkan hasil penelitian Olivia (2016), dengan kasus mola hidatidosa didapatkan seorang pasien usia 30 tahun datang ke rumah sakit dengan keluhan keluarnya darah dari jalan lahir. Yang dimana pada pemeriksaan fisik didapatkan hasilnya serupa dengan kasus diatas, yaitu pada pemeriksaan luar berupa perut sedikit cembung, lemas dan striae (+), pada palpasi nyeri tekan (+), massa (-), denyut jantung janin (-). Kemudian pada pemeriksaan inspekulo didapatkan perdarahan aktif dengan portio livid, dan flukus (+).<sup>(14)</sup>

Hasil pemeriksaan fisik pada kasus sudah sesuai dengan teori yang ada. Berdasarkan Hanretty (2010) menyatakan bahwa pada palpasi akan didapatkan pembesaran uterus yang tidak sesuai dengan usia kehamilan, teraba lembek. Tidak adanya teraba bagian-bagian janin dan ballotement dan gerakan janin. Pada auskultasi tidak terdengar bunyi denyut jantung janin, dan pemeriksaan dalam diperoleh uterus terasa lembek dan terdapat perdarahan dalam kanalis servikalis.<sup>(9)</sup>

Hasil pemeriksaan penunjang dari kasus ini, di dapatkan hasil USG terdapat gambaran khas mola hidatidosa yaitu *snow storm* atau badai salju, dan pada pemeriksaan laboratorium didapatkan sedikit penurunan Hb yaitu 10 gr/dl sehingga berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang dapat ditegakkan diagnosis pada kasus ini yaitu mola hidatidosa. Dimana berdasarkan John (2010) menyatakan bahwa pada pemeriksaan penunjang, dapat dilakukan pemeriksaan USG, dimana akan terlihat gambaran yang khas berupa badai salju (*snow storm pattern*) atau gambaran seperti sarang lebah (*honey comb*).<sup>(8)</sup> Selanjutnya, berdasarkan penelitian lain Nugraha (2019) mengatakan bahwa pada kasus mola hidatidosa yang ia teliti pada pemeriksaan penunjang yaitu

pemeriksaan USG pasien tersebut memberikan hasil gambaran “Snow Flake Pattern”.<sup>(15)</sup>

Kadar  $\beta$ -hCG pada mola jauh lebih tinggi daripada kehamilan biasa. Pemeriksaan  $\beta$ -hCG sendiri merupakan cara yang paling bermanfaat untuk diagnosis maupun untuk pemantauan pada penderita penyakit trofoblas. Pada kehamilan normal pemeriksaan  $\beta$ -hCG dengan pereaksi yang menggunakan antibodi monoclonal terhadap  $\beta$ -hCG cukup dilakukan secara kualitatif dengan menggunakan urin sebagai specimen. Pemeriksaan  $\beta$ -hCG mencapai puncaknya pada trimester pertama kehamilan, yaitu pada hari ke 60-70 kehamilan sebesar 100.000 mIU/ml. Pada mola hidatidosa dan tumor trofoblas gestasional umumnya kadar  $\beta$ -hCG jauh lebih tinggi dari pada kadar puncak  $\beta$ -hCG pada kehamilan normal.<sup>(6)</sup>



Gambar 11: Nilai rata-rata dari 95% *confidence limit* yang menggambarkan kurva regresi normal gonadotropin korionik subunit  $\beta$  pasca mola.<sup>(6)</sup>

Pada kasus ini tidak dilakukan pemeriksaan T3 dan T4 dikarenakan pada pasien ini tidak menunjukkan adanya gejala-gejala hipertiroidisme. Berdasarkan penelitian dari Pangkahila (2009) menyatakan bahwa pemeriksaan T3 dan T4 dapat dilakukan apabila memenuhi manifestasi klinis dari hipertiroid seperti : 1) Kelemahan badan, 2) penurunan berat badan, 3) Kelemahan otot, 4) Tidak tahan terhadap panas, 5) Berkeringat banyak, 6) Takikardi, dan 7) Adanya pembesaran kelenjar tiroid yang minimal.<sup>(16)</sup>

Penatalaksanaan tindakan pada kasus ini adalah tindakan kuretase hisap (aspira vakum) yaitu dengan menggunakan alat seperti vakum. Tindakan ini dilakukan dengan persiapan servikal sebelumnya, obat oksitosin, dan kuret tajam serta obat – obatan lainnya. Selanjutnya, pasien dilakukan tranfusi darah berupa PRC untuk menaikkan HB awal pasien yang pada pemeriksaan didapatkan 10 gr/dl. Sedangkan

terapi lainnya post kuretase pasien diberikan injeksi asam tranexamat 1 amp/8 jam untuk membantu meredakan perdarahan yang terjadi setelah mola dikuret. Kemudian, diberikan injeksi ranitidin 1 amp/8 jam, yang merupakan golongan antagonis H2 reseptor karena pasien mengeluh adanya mual dan muntah sehingga berfungsi untuk menghambat sekresi asam lambung.<sup>(5)</sup>

## KESIMPULAN

Mola hidatidosa merupakan salah satu penyakit trofoblas pada kehamilan yang paling banyak terjadi, dengan keluhan utama biasanya yaitu adanya perdarahan pervaginam. Penatalaksanaan pada kasus mola hidatidosa sebaiknya sesegera mungkin dilakukan kuretase untuk mengurangi atau menghindari terjadinya komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi nantinya. Selanjutnya, penegakan diagnosis awal dalam hal ini adalah anamnesa terpimpin, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang ada.

## PERSETUJUAN

Penulis telah meminta persetujuan dari pasien dalam bentuk *informed consent*.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih banyak kepada Rumah Sakit Anutapura Palu Sulawesi Tengah terkait dalam proses penyusunan laporan kasus ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Mulisya O, Roberts D, Sengupta E. Prevalence and Factors Associated with Hydatidiform Mole among Patients Undergoing Uterine Evacuation at Mbarara Regional Referral Hospital. *Jurnal Obstetrics and Gynecology Internasional*. 2018 Apr 1;10(3):1–7.
2. Abdulrasool G, Nandini A. Case report: Molecular confirmation of dispermy in a complete hydatiform mole. *Pathology*. 2018;2(12):1–9.
3. Deep J, Sedhai L, Napit J, Pariyar J. GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE. *Journal of Chitwan Medical*. 2013;3(4):4–11.
4. Jacques Candelier J. The hydatidiform mole. *Cell Adhesion & Migration*. 2016;10(1):226–35.
5. Cunningham F, Williams J.W. *Williams obstetrics*. 24rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2014.

6. Bratakoesoema, Dinan S, Prawiroharjo S. *Onkologi Ginekologi*. 1st ed. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka; 2010.
7. Mochtar R. *Sinopsis Obstetri*. 2nd ed. Jakarta: EGC; 2008.
8. Lurain JR, MD. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *American Journal Of Obstetrics & Gynecology*. 2010 Desember;203(6):531–9.
9. Hanretty KP. *Obstetrics Illustrated*. 7th ed. New York: Churchill Livingstone; 2010.
10. Saifuddin, Bari A, Wiknjastro T, Gulardi H. *Ilmu Kebidanan*. 4th ed. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2008.
11. Jatgap SV, Aher V, Gadhiya S, Jatgap SS. Gestational Trophoblastic Disease - Clinicopathological Study at Tertiary Care Hospital. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2017 Agustus;11(8):27–30.
12. Kusuma AI, Pramono BA. Karakteristik Mola Hidatidosa Di Rsup Dr. Kariadi Semarang. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*. 2017;6(2):319–27.
13. Damongilala S, Tendean HMM, Loho M. Profil Mola Hidatidosa Di Blu Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal e-Clinic (eCI)*. 2015;3(2):683–6.
14. Olivia F. Seorang Wanita 30 Tahun Dengan Mola Hidatidosa Komplet. *Fakultas Kedokteran Universitas Lampung*. 2016 Apr;5(2):142–7.
15. Nugraha GBA, Samodro P. Case study: Thyrotoxicosis on women with complete hydatidiform molar pregnancy. *JKKI*. 2019 Dec 30;10(3):292–7.
16. Pangkahlia E, Pandelaki K. Hipertiroid Pada Kehamilan Mola Hidatidosa. *Jurnal Biomedik*. 2009;1(2):124–30.